



TITLE:

# 膀胱後部に発生した Hemangiopericytomaの1例

AUTHOR(S):

黒松, 功; 梅田, 佳樹; 林, 宣男; 杉村, 芳樹; 栃木, 宏水;  
川村, 寿一

---

CITATION:

黒松, 功 ...[et al]. 膀胱後部に発生したHemangiopericytomaの1例. 泌尿器科紀要 1994, 40(10): 889-891

ISSUE DATE:

1994-10

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/115375>

RIGHT:

## 膀胱後部に発生した Hemangiopericytoma の1例

三重大学医学部泌尿器科学教室 (主任: 川村寿一教授)

黒松 功, 梅田 佳樹, 林 宣男

杉村 芳樹, 栃木 宏水, 川村 寿一

## A CASE OF RETROVESICAL HEMANGIOPERICYTOMA

Isao Kuromatsu, Yoshiki Umeda, Norio Hayashi,

Yoshiki Sugimura, Hiromi Tochigi and Juichi Kawamura

From the Department of Urology, School of Medicine, Mie University

A case of retrovesical hemangiopericytoma is reported. The patient was a 44-year-old woman with right lumbago. Cystoscopy showed extra-vesical compression in the area from the trigone to right wall of bladder. The histological examination of the specimen obtained with ultrasound-guided transvaginal biopsy revealed hemangiopericytoma. Because of the invasion to the bladder mucosae, total cystectomy and ileal conduit were performed. The patient received postoperative irradiation of 3,060 rad for pelvis. Eight months after operation, computerized tomography showed no evidence of local recurrence of the tumor.

(Acta Urol. Jpn. 40: 889-891, 1994)

**Key words:** Hemangiopericytoma, Retroperitoneal tumor

## 緒 言

Hemangiopericytoma は Stout and Murray<sup>1)</sup>により1942年に初めて報告された稀な腫瘍である。本腫瘍は血管周皮細胞(pericyte)の存在するあらゆる部位に発生するが、後腹膜腔発生のは少ない。今回われわれは、骨盤後部に発生した hemangiopericytoma を経験したので、本邦における後腹膜腔発生例の文献的考察を加えて報告する。

## 症 例

患者: 44歳, 女性

主訴: 右腰部痛

既往歴: 43歳時, 子宮筋腫にて某院婦人科にて単純子宮摘出術を施行

家族歴: 特記事項なし

現病歴: 1993年3月頃より右腰部痛が出現, 同年4月の婦人科定期検診にて腔右側壁に腫瘤が触知された。このため某院泌尿器科で膀胱鏡が施行され, 膀胱三角部から右側壁にかけて壁外からの圧迫所見が認められ, 精査・治療目的にて当院紹介入院となった。

入院時現症: 体格中等度, 栄養状態は良好。腹部に異常所見を認めず, 表在リンパ節も触知しなかった。

検査所見・クレアチニン・クリアランスが53.5 ml/min と軽度低下している以外には, 血液一般検査および血液生化学検査にて異常を認めなかった。尿検査に異常なく, 尿細胞診も陰性であった。腫瘍マーカーは CEA, SCC, TPA, IAP, CA125 いずれも正常域であった。

画像所見: surface coil 骨盤部 MRI (Fig. 1) にて, 膀胱右後方に径約 6.5 cm の多房性の腫瘍が認められ, 膀胱壁への直接浸潤が疑われた。骨盤部 CT (Fig. 2) にて腫瘍右側に mass が認められ, 骨盤内リンパ節の腫脹が疑われた。膀胱鏡施行にて膀胱右側壁から三角部にかけて壁外からの腫瘍による圧迫が認められ, 膀胱後壁には腫瘍の突出が認められたが膀胱粘膜は保たれていた。この圧迫により右尿管口は同定できなかった。AP 施行にて右尿管は骨盤入口部付近で途絶し, 水腎・水尿管となっていた。血管造影検査では主として右上膀胱動脈を栄養血管とする, 血管豊富な腫瘍像が認められた (Fig. 3)。

入院後経過: 右腎機能の温存と患者の疼痛軽減のため右腎瘻が造設され, 確定診断をつけるために, エコー下経腔の腫瘍生検を施行した。病理組織診断は hemangiopericytoma であり, 各視野に1~2個の核分裂像を認め, 悪性と考えられた。以上の所見よ

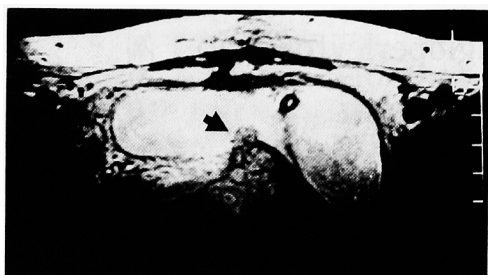


Fig. 1. MRI demonstrated retrovesical multi-lobular mass (an arrow) of low signal intensity on T2 predominant image.



Fig. 2. CT scan showed retrovesical tumor and a 1.9×1.1 cm mass (an arrow) to the right side of the tumor.

り、1993年5月20日腫瘍および膀胱全摘除、回腸導管造設術を施行した。

手術所見・腫瘍は被膜に覆われており、膀胱部分切除が可能と考えられたが、膀胱内を一部開くと術前の膀胱鏡施行時には保たれていた膀胱粘膜への腫瘍の広範な直接浸潤が認められた。腫瘍の直腸への浸潤や所属リンパ節の腫脹は認められなかったものの、右骨盤壁への癒着が強く、また仙骨前面の静脈には腫瘍による塞栓が存在し、これは右内腸骨静脈から右総腸骨静脈まで続いており、術前のCTにてリンパ節腫脹と考えられたものはこの腫瘍塞栓であると思われた。このため腫瘍と膀胱を右総腸骨静脈の一部とともに一塊として摘出した。

摘出標本所見：腫瘍は大きさ、12.5×9×3 cm、重量 270 g で一層の薄い被膜に包まれており、断面は黄白色の充実性組織であった。

病理組織学所見：H-E 染色にて、本腫瘍に特徴的な“雄鹿の角様構造”を示す大小不動の血管が豊富に存在しており、内部は扁平な内皮細胞で囲まれており、この血管の周囲に核分裂像を認める、主として類円形の腫瘍細胞が充実性に増殖していた。鍍銀染色にて血管周囲に増殖した腫瘍細胞を不規則に包囲する好



Fig. 3. Pelvic arteriography demonstrated a hypervascular mass with a main arterial supply arising from right superior vesical artery.

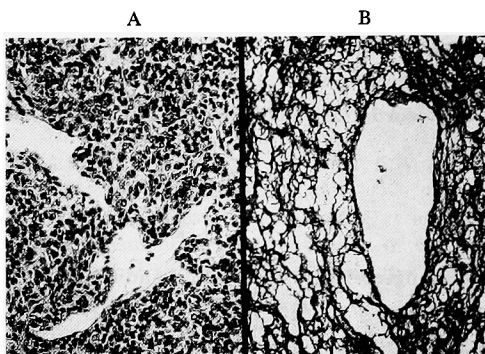


Fig. 4. A; Branching vessels show the typical "antler" configuration. (Hematoxylin and eosin stain ×100)  
B; Reticulin network surrounds individual tumor cells. (Silver impregnation stain ×100)

銀線維が認められた (Fig. 4)。

術後経過：術後補助療法として総線量 3,060 rad の骨盤部への放射線照射が施行された。術後8カ月後の骨盤部CTでは明らかな局所再発は認められていない。

## 考 察

Hemangiopericytoma は、Stout and Murray<sup>1)</sup> によって1942年に初めて報告された血管性腫瘍である。その特徴は扁平な内皮細胞でおおわれた大小不動の多数の血管の周囲に、1924年に Zimmerman によって初めて記載された、pericyte 由来の腫瘍細胞の増殖をみることである。

Hemangiopericytoma は, capillary pericyte の存在する身体のあらゆる部分に発生する可能性があり, Backwinkel ら<sup>2)</sup>の集計した224例によると, 皮膚, 皮下組織, 筋組織より発生したものが46%, 腹腔内および後腹膜腔発生が17%としている. 本邦においては1984年に田中ら<sup>3)</sup>が本腫瘍210例を集計し, このうち16例(7.6%)が後腹膜腔発生であったと報告している.

現在までの本邦における後腹膜腔発生の hemangiopericytoma の症例数は吉村ら<sup>4)</sup>, 川口ら<sup>5)</sup>により報告されているが, われわれの調べたかぎりではこれらに他の症例および自験例を加え46例であった. 以下本邦における本腫瘍の臨床的特徴を検討する.

年齢は7~70歳 (Backwinkel ら<sup>2)</sup>の集計では0~92歳), 平均発症年齢 42.3歳で30~50歳代で過半数(67.3%)を占めている. 男女差は女性26例で男性20例に比べやや多い傾向がある.

主訴は腹部腫瘍が圧倒的に多く, ついで頻尿, 残尿感などの尿路障害, 腰痛などが認められる. また低血糖昏睡を主訴とする症例が過去に3症例みられるが, これは腫瘍がインスリン類似物質を分泌することに原因があるという報告がある<sup>6)</sup>.

本腫瘍の摘出重量は45gから6,000gまでで平均858g, 腫瘍の大きさも平均長径10.8cmと比較的大きく, これはこの部位に発生する本腫瘍が特異的症狀に乏しく, かなりの大きさになってから発見されることを示唆している.

本腫瘍の最終診断は病理学的組織診断によりなされるが, H-E 染色標本の所見に加え, 鍍銀染色にて間質血管周囲に増殖した腫瘍細胞群を, 好銀線維が不規則に包囲する像がみられることも重要な所見である. 鑑別診断としては間質血管の豊富な腫瘍, すなわち悪性線維性組織球腫, 滑膜肉腫, 平滑筋肉腫, 若年性血管外皮腫, glomus 腫瘍などがあげられる. 病理組織学的に本腫瘍の良性, 悪性を区別することは困難であるが, Franz ら<sup>7)</sup>によれば10視野中4つ以上の核分裂像がみられた場合に悪性と定めている. 過去の症例では記載のあるかぎりでは, 2症例をのぞき自験例も含めてすべて悪性であった.

治療法としては, 腫瘍の完全摘出が原則であり本集計においても治療法の記載のあった44例のうち40例が

外科的切除を施行されている. 西村ら<sup>7)</sup>は摘出不能の本腫瘍に対して放射線療法が著効を示したと報告しているが, 一般には本腫瘍は radioresistant tumor であることが知られている. また本腫瘍に対する有効な化学療法も現在のところ発見されていない.

本腫瘍の予後に関しては, 本邦における長期 follow-up の報告例がないため定かではないが, 記載のある30例のうち8例が術後2年以内に死亡している. また Backwinkel ら<sup>2)</sup>の報告によれば, 224例のうち再発例は118例(52.2%)であり, 術後1~5年以内が34.7%, 術後5年以上が31.3%となっており, 決して良好なものではない. 本症例も術後約8カ月にて再発を認めてはいないが, 今後も長期に渡って follow-up する予定である.

## 文 献

- 1) Stout AP and Murry MR: Hemangiopericytoma. *Ann Surg* 116 (1): 26-33, 1942
- 2) Backwinkel KD and Diddams JA: Hemangiopericytoma. *Cancer* 25: 896-901, 1970
- 3) 田中 肇, 長山正義, 武田温裕, ほか: 骨盤腔内後腹膜部発生 Malignant Hemangiopericytoma の1例と本邦集計例の検討. *日臨外医会誌* 45: 345-350, 1984
- 4) 吉村典子, 谷田 徹, 島 基, ほか: 後腹膜に発生した Hemangiopericytoma の1例と本邦報告例の検討. *泌尿紀要* 43 (2): 411-417, 1991
- 5) 川口光栄, 二川憲昭, 石原行雄, ほか: 直腸周囲に発生した骨盤内後腹膜 Malignant Hemangiopericytoma の1例. *日本大腸肛門病会誌* 45: 202-208, 1992
- 6) Benn JJ, Firth RGR and Sonksen PH: Metabolic effects of an insulin-like factor causing hypoglycemia in a patient with a hemangiopericytoma. *Clin Endocrinol* 32: 769-780, 1990
- 7) Franz ME and Sharon WW: Hemangiopericytoma, *Soft tissue tumors*. George S, Mike M, et al. 2nd ed. pp. 596-613, The C.V. Mosby company, USA, 1988
- 8) 西村一男, 小川 修, 吉村直樹, ほか: 放射線治療が著効を示した後腹膜腔 Hemangiopericytoma の1例. *泌尿紀要* 30: 809-815, 1984

(Received on February 22, 1994)

(Accepted on May 24, 1994)